# Der Einfluss von Traumen auf die Schwangerschaft.

---

**Inaugural-Dissertation**

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

**kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München**

vorgelegt von

Hersch Kalichmann
aus Larga (Russland).

---

München 1908.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548322_0114

# Der Einfluss von Traumen auf die Schwangerschaft.

---

## Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hersch Kalichmann
aus Larga (Russland).

ACAD.
LUGD BAT.
BIBL.

---

München 1908.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Professor Dr. Döderlein.

Das Studium der Literatur über Schwangerschaftstraumen zeigt, wie sehr sich die Ansichten über Verletzungen und Operationen in der Schwangerschaft in den letzten Dezennien geändert haben. Diese Umwälzung in den Anschauungen, Indikationsstellungen und Ausführungen von Operationen in graviditate haben wir dem gesamten Fortschritt der Medizin zu verdanken, seit wir die Antisepsis bezw. Asepsis so gut wie beherrschen, und besonders seitdem Gynäkologie und Geburtshilfe als selbständiges Fach, als ein einzelner Zweig der gesamten Medizin sich ausgebildet haben. Während man früher jeden chirurgischen Eingriff an der Schwangeren fürchtete (besonders galt ein chirurgischer Eingriff am Genitaltractus als absolut ungünstig für die Frucht und als lebensgefährlich für die Mutter), werden jetzt, abgesehen von Operationen außer den Genitalien viele chirurgische Eingriffe an den Generationsorganen selbst in graviditate mit Erfolg ausgeführt, ohne — wenigstens in vielen Fällen — die Schwangerschaft zu unterbrechen und ohne das Leben der Mutter in besonderem Maße zu gefährden. Deshalb schließen sich auch jetzt viele Autoren

der Ansicht an, daß man Operationen, wenn sie auch verschoben werden könnten, weil keine vitale Indikation vorliegt, der Schwangerschaft wegen nicht zu verschieben braucht. Die Hauptgefahren, welche die alten Gynäkologen in jedem Schwangerschaftstrauma gesehen haben, waren Sepsis, starker Blutverlust und Abortus. Daß größere traumatische Verletzungen, schwere chirurgische Eingriffe an einer graviden Frau zu einer Zeit, in der man von der jetzigen Antisepsis keine Ahnung hatte, in vielen Fällen zum Tod, durch Wundinfektionsfieber führten, liegt auf der Hand. Die jetzigen Methoden zur Beherrschung starker Blutungen kannten die alten Gynäkologen auch nicht.

Das alles brachte es mit sich, daß zu jener Zeit — nicht mit Unrecht — jedes Trauma für Mutter und Kind als sehr ernst angesehen wurde und man nur in äußerst seltenen Fällen zum Messer griff. Auch langdauernde Operationsnarkose galt als gefährlich, besonders für die Frucht, was auch jetzt an Hunderten von Fällen vollständig widerlegt worden ist.

Auf die Frage, welche Traumen das Leben des Kindes am meisten gefährden, lautet die Antwort: In erster Linie diejenigen, welche am Uterus selbst zustande kommen, welche zur Ablösung der Placenta, zum Austritt der Frucht in die Bauchhöhle oder in die Außenwelt führen. In zweiter Linie diejenigen, welche wehenerregende Ganglien und Nervenendigungen am Uterus treffen, und drittens

diejenigen, welche Circulationsstörungen am Uterus hervorrufen.

Wie tolerant aber der schwangere Uterus gegen Traumen sein kann, mögen die Fälle beweisen, in welchen Traumen den Unterleib von schwangeren Frauen direkt trafen und zwar so stark, daß Frakturen resp. Impressionen des kindlichen Skelettes dabei entstanden, ohne daß es zum Abortus kam und ohne daß die Mutter dauernd geschädigt wurde. Diesbezüglich ist sehr interessant die reiche Casuistik von Gurlt,[1]) welche mehrere Verletzungen des Kindes intrauterin zu verzeichnen hat, ohne daß die Schwangerschaft unterbrochen wurde. So berichtet er über 7 Fälle von Unterschenkelfrakturen, einer Oberarm- und je einer Oberarm- und Oberschenkelfraktur; bei einem Kind waren Clavicula und Os humeri links gebrochen. Auch Paul[2]) sah einen vollständigen Querriß der Bauchwand bei einem reifen Kinde, dessen Mutter 2 Tage vor der Entbindung die Treppen hinuntergefallen war.

Neben dieser Resistenzfähigkeit des schwangeren Uterus sind aber auch nicht wenig Aborte zu verzeichnen, welche schon nach relativ geringen Traumen zustande kommen. Freilich muß man sehr vorsichtig sein und nicht jedes „Ueberheben“ oder jede „Anstrengung“, welche viele Frauen als Ursache des

---

[1]) Lehrb. von Winckel.
[2]) Handbuch v. Winckel II, 2.

Abortus angegeben, wirklich als solche anzunehmen. Es stellt sich oftmals bei näherer Untersuchung heraus, daß es sich am meisten um Lues, seltener um Klappenfehler oder Nephritis handelt, und das leichte Trauma darf in diesen Fällen nur als Anstoß zur Ausstoßung des erkrankten oder bereits abgestorbenen Eies angesehen werden. Man kann aber auch nicht leugnen, daß es psychisch erregte, neuropathische Frauen gibt, bei welchen ein unbedeutendes Trauma zum Abort führen kann.

Welchen Einfluß schwere Blutverluste und Sepsis auf die Schwangerschaft haben, das mögen die Fälle von Massot[3]) zeigen; unter 186 Fällen mit 214 einzelnen Traumen erfolgte 149 mal Heilung ohne jeden Zwischenfall, in 51 Fällen dagegen Abortus mit 18 Todesfällen und in 12 Fällen Tod ohne Eintritt des Abortus, in diesen letzteren Fällen 9 mal durch Verblutung, 1 mal durch Collaps post ovariotomiam, 1 mal durch Cholera, 1 mal durch Tetanus. Massot kommt zu dem Schlusse, daß Verwundungen die Schwangerschaft nicht stören, ausgenommen solche, welche die Uteruszirkulation tief und lange alterieren, daß bei nicht exzessiven Hämorrhagien nur die Mutter leide, aber die Schwangerschaft fortbestehe, daß bei sehr raschen und starken Blutungen (Varixberstung) der Tod der Mutter ohne Abort erfolgte, wenn die

---

[3]) Handbuch der Geburtsh. v. Winckel II, 2.

Blutung aber lebensgefährlich, doch nicht tödlich sei, so träten entweder Uteruskontraktionen auf oder Ablösung der Placenta.

Betreff der Einwirkung von Traumen des Centralnervensystems auf die Schwangerschaft hat man sehr merkwürdige Beobachtungen gemacht. Es hat sich dabei herausgestellt, daß die körperliche Erschütterung allein ohne intrauterine Blutung sehr selten zur Fehlgeburt führt. Viel ungünstiger aber wirkt auf die Schwangerschaft die heftig einsetzende und länger anhaltende psychische Alteration (Verzweiflung, Schreck, Sorge, Angst), durch welche, wie es scheint, vasomotorische Störungen ausgelöst werden und es dabei sehr oft zur Fehlgeburt kommt. Man spricht von einem Nervenshok. In dieser Beziehung ist sehr interessant Scheffers Arbeit über „Unterbrochene Fehlgeburt". Er führt im genannten Werke als Beispiel die von ihm beobachteten Folgen eines Eisenbahnunglückes auf gravide Frauen an. „Von zahlreichen in dem verunglückten Zuge befindlichen Graviden abortierte keine, trotzdem mehrere von ihnen Verletzungen erlitten (Rippenbrüche, Kontusionen des im 6. Monat graviden Uterus), während zahlreiche Fehlgeburten sofort und nachher von mir behandelt wurden an Frauen, welche sich in dem nachfolgenden Zuge befanden und heftig erschraken, oder welche sich um Verwandte geängstigt hatten, die nach ihrem Wissen oder Vermuten in dem verunglückten Zuge gewesen

sein müßten.“ (Schäffer: Handb. v. Winckel.)

Warum bei den Verunglückten, körperlich Erschütterten die doch heftige psychische Alteration nicht immer zu den gleichen vasomotorischen Störungen führt, ist bis jetzt noch nicht genügend erklärt. Es mag sein, daß die „Plötzlichkeit“ hier eine Rolle spielt.

Vielleicht gehört zu dieser nicht aufgeklärten Erscheinung auch ein von mir in Odessa beobachteter Fall:

Frau S., 36 Jahre alt, war 10 Jahre verheiratet und trotz ihres sehnsüchtigen Wunsches nach einem Kinde kam es nicht dazu. Mann und Frau waren vollständig gesund. Einmal machte Frau S. eine Reise über das Schwarze Meer, es kam zu einem Schiffsunglück, wobei mehrere Personen ertranken. Die genannte Frau aber war eine gute Schwimmerin und konnte sich — natürlich mit sehr großer Mühe — $1^1/_2$ Stunden über Wasser halten, bis Hilfe kam. Nach $1^1/_2$ Monaten wurde sie von ihrem Manne schwanger und brachte ein sehr kräftiges Mädchen am normalen Schwangerschaftsende zur Welt. Es scheint, daß die so lang dauernde psychische Alteration einen günstigen Einfluß im Sinne der Zirkulationsveränderung zu Gunsten der Konzeptionsmöglichkeit ausgeübt hat.

* * *

Es sei mir nun gestattet, einige Fälle aus der Klinik des Herrn Professor v. Winckel

zu publizieren, welche in den Jahren 1904 bis Juli 1907 beobachtet wurden, wobei ich bemerke, daß die Fälle, wo nur „Ueberheben“ oder „Ueberanstrengung“ ohne näheren Aufschluß angegeben wurde, hier nicht erwähnt werden.

Fall I.

Geburtsjournal 1904, 25. X. Frau L., 37 J., 6 grav.

In der Anamnese heißt es, sie sei gravid am Ende des 7. Monats. Am 17. Oktober 1904 stürzte sie von einer Treppe über 17 Stufen. Beim Sturze suchte sie sich zunächst an dem in das Stiegengeländer sich einhakenden Besenstiel zu halten, fiel jedoch trotzdem mit demselben hinunter und schlug sich angeblich mit dem Stiel noch stark auf den Leib. Es trat keine Bewußtlosigkeit ein, wohl aber Schläfrigkeit, Benommenheit, starkes Kopfweh, Aufstoßen, auch einmal Erbrechen. Nach 2 Tagen wurde Gehirn- und Rückenmarkserschütterung konstatiert. Am 25. X. 04 Aufnahme in die Klinik. Beim Eintritt folgender Status:

Gravida liegt apathisch da, reagiert auf Anrufen und vermag einen einigermaßen geordneten Bericht über ihren Sturz und dessen Folgen zu geben. Gesicht gerötet, Augen halb geöffnet, Pupillen beiderseits gleich weit, reagieren nicht auf Licht. Zunge wird gerade herausgestreckt. Bei Berührung des oberen Lides tritt eine reflektorische Zuckung am Körper auf, wobei die Augenlider krampfhaft

geschlossen werden. Rechte Hand zeigt leichte klonische Zuckungen, die auf sämtliche Finger sich erstrecken. Arme werden beiderseits nur mit Mühe erhoben und fallen schon in geringer Höhe wieder schlaff zurück. Atmung beschleunigt. Temperatur 39,3. Puls 132, leicht zu unterdrücken. Genickstarre nicht vorhanden, doch passiv ausgeführte Bewegungen des Kopfes sehr schmerzhaft. In diesem Zustande befand sich Gravida 2 Tage. Temperatur zwischen 37 und 38, Puls 124, aber regelmäßig. (Laxantia, Eisbeutel auf den Kopf, Oelklysmen.)

Am 28. X. tritt eine Verschlimmerung ein. Temperatur 39,6, Puls 136, klein. kein Stuhl. Abdomen meteoristisch und bei leisester Berührung sehr schmerzhaft. Allgemeine Hyperästhesie. Extremitäten können nur wenig bewegt werden. Bei stärkerer Berührung der unteren Extremitäten werden klonische Zukkungen ausgelöst. Schlaflosigkeit (Morphium, Chloralhydrat und obengenannte Therapie). Dieser Zustand dauerte 5 Tage, bis zum 3. XI. Nachher ging die Temperatur zurück auf 38. Puls 108. Allgemeinbefinden etwas besser. Allmählich trat eine Besserung ein. Am 18. XI. war das Befinden sehr befriedigend. Kein Fieber mehr. Puls 90. Plötzlich verspürte Gravida am Abend dieses Tages Wehen, angeblich in unmittelbarem Anschluß an Aufregung infolge eines Falles starker Blutung auf ihrem Krankensaale. 19. XI. 2.45 a. m. Beginn der Preßwehen. 3 Uhr p. m. desselben Tages spon-

tane Geburt eines fast ausgetragenen Mädchens (49 cm lang, 2830 g). 3.18 Uhr spontane Ausstoßung der Placenta. Wöchnerin befindet sich vollkommen wohl. Wochenbett fieberfrei. Wöchnerin und Kind werden nach 6 Tagen in sehr gutem Zustande entlassen.

II. Fall.

Geburtsjournal 1904. 2. XI. Frau Sch. A., III grav.

Sie fiel am 23. X. 04 abends auf den Unterleib über einen Besen, welcher in einem engen Gange zwischen den Wänden eingeklemmt war. Starke Schmerzen im Unterleib, Schlaflosigkeit. Aufnahme in die Klinik. (Ruhe, Morphium.) Am 25. verläßt sie die Klinik, wobei sie sich so gut fühlte, daß sie einen ca. 25 Pfund schweren Koffer nach Hause tragen konnte. An demselben Tage verspürte sie wieder Wehen. Am 26. X. wiederum Aufnahme in die Klinik. Wehen und Schmerzen hören auf. Gravida verläßt am 30. X. wieder die Klinik. Am 2. XI. wird Patientin von der Sanitätskolonne eingeliefert; sie spürt Preßwehen. Es wird eine Schieflage konstatiert, Wendung auf den Fuß und Extraktion. Befinden der Wöchnerin gut. Kind nicht ausgetragen (45 cm, 2250 g). Wochenbett fieberfrei.

III. Fall.

Geburtsjournal 1906, 19. VI. Frau M., 17 Jahre, II para. Erstes Kind lebt. Gravida fiel vor 3 Tagen die ganze Kellerstiege hinab. Sie

verspürte sofort heftige Schmerzen. Fruchtwasser lief ab. Am 11. VI. 06 Abgang einer im ersten Grade macerierten Frucht (18 cm, 150 g).

IV. Fall.

Geburtsjournal 1907, 13. VI. Frau M. M. Im 7. Schwangerschaftsmonate Sturz von einem 3 m hohen Strohhaufen. Gravida mußte 2 Wochen im Bette bleiben. Starke Schmerzen im Unterleib. Kein Abgang von Blut oder Fruchtwasser. Erst nach 1 Monat konnte sie ihrer Beschäftigung als Dienstmädchen wieder nachgehen. Schwangerschaftsverlauf bis Ende gut. Entbindung am normalen Schwangerschaftsende. Ausgetragener Knabe (50 cm, 3000 g).

V. Fall.

Geburtsjournal 1907, 3. V. 07. Frau F., II para. Erster Partus gut verlaufen; bis zum Unfall Schwangerschaftsverlauf ohne Störung. Vor 14 Tagen fiel Gravida vom Rad. Gleichzeitig wurde ein Ausfluß bemerkt (kein Blut). Poliklinische Behandlung (Bettruhe, Opiumtropfen). Trotzdem Blasensprung. Aufnahme in die Klinik. Kindesbewegungen wurden bis gestern wahrgenommen. Kindliche Herztöne bei der Aufnahme nicht zu hören.

Entbindung am 4. V. eines 32 cm langen, 700 g schweren Knaben, welcher eine Viertelstunde lang lebte. Wochenbett gut verlaufen.

VI. Fall.

Geburtsjournal 1905, 3. XII. 05. Frau W. M., 26 Jahre, II gr. Erster Partus gut verlaufen. Am 27. Juni 05 (im 4. Monat) fiel Gravida durch ein Dach, klemmte dabei den Leib ein, hatte arge Schmerzen, verlor viel Blut aus den Genitalien. Behandlung in der Klinik. 4 Tage absolute Ruhe, Schmerzen dauerten während der ganzen Schwangerschaft; Entbindung am normalen Schwangerschaftsende. Knabe (50 cm, 3300 g).

VII. Fall.

Geburtsjournal 1906, 21. VIII. 06. Frau S. Th., 22 Jahre, I gr. Sturz beim Fensterputzen im 5. Schwangerschaftsmonate. Starke Blutung (2—2½ Liter!). Ruhe, Schonung. Erholung nach einigen Tagen. Schwangerschaftsverlauf bis zum Ende gut. Pubeotomie wegen einer Conjugata vera mit 7,5 cm. Operationsverlauf gut, Kind lebt, Wochenbett afebril.

VIII. Fall.

Geburtsjournal 1906, 13. I. 06. Frau G. F., 20 Jahre, I para. Starker Blutverlust in den ersten 3 Monaten (Hämophilie?). Behandlung in der chirurg. Klinik. Besserung. Späterer Verlauf der Schwangerschaft gut. Entbindung am normalen Schwangerschaftsende. Kind lebt (50 cm, 3400 g).

IX. Fall.

Geburtsjournal 1906, 27. I. 06. Frau G. M., 24 Jahre, I para. Im 6. Schwangerschafts-

monate beim Heben einer schweren Last starke Blutungen. 8 Tage Verweilen im Krankenhause wegen fortwährender Blutungen. Besserung des Zustandes. Blutungen hören auf. Entbindung 3 Wochen vor dem normalen Ende von einem 46 cm langen, 2520 g schweren Mädchen. Kind lebt.

X. Fall.

Geburtsjournal 1905, 1. IX. 05. Frau M. M., 22 Jahre, I para. Vor einem Monat starke Blutung, welche 8—9 Tage dauerte. (Leichte Blutungen während der ganzen Schwangerschaft.) Viel Kopfweh seit der letzten Blutung. Entbindet am normalen Schwangerschaftsende. Knabe (51 cm, 3250 g).

XI. Fall.

Geburtsjournal 1906, 12. XII. 06. Frl. K. Th. Parturiens verspürte gestern, als sie etwas von einem Brett herunterholen wollte, einen Schmerz im Abdomen und gleich darauf lief Fruchtwasser ab. Abgang einer toten Frucht am nächsten Tage (20 cm lang).

XII. Fall.

Geburtsjournal 1906, 12. X. 06. Frau K. A., 20 Jahre, I para. Anamnese: Lungentuberkulose. Gestern nach 2stündiger harter Arbeit (Parkettbodenwichsen) bekam Partur. Krampf. heftige Schmerzen im Abdomen und Stechen in der linken Rückenhälfte.

15. X. 8.50 Uhr a. m. spontane Geburt einer toten Frucht (42 cm lang, 1600 g).

XIII. Fall.

Geburtsjournal 1906, 26. IV. 06. Frau L. P., 25 Jahre alt, III para. 2 Stunden nach Heben eines schweren Korbes Wehen. Am nächsten Tage Geburt einer toten Frucht (20 cm lang).

XIV. Fall.

Geburtsjournal 1905, 7. VI. 05. Frl. H. L., 18 Jahre, I para. Gravida ist am 3. VI. im zweiten Schwangerschaftsmonate. Beim Aussteigen aus dem Zuge auf ihren Rock getreten und dadurch hingefallen. Unwohlsein. Am 6. VI. traten Wehen auf. Am 7. VI. starke Blutung. Abgang. Wegen Blutung Ausräumung des Uterung. Tamponade.

XV. Fall.

Geburtsjournal 1906, 9. XI. 06. Frl. L. A., 19 Jahre, I para. Vor 4 Tagen im Anschluß an einen Schreck traten Wehen mit leichten Blutungen aus der Vulva auf. Seitdem schwache Wehen. Heute plötzlich Abfließen von Fruchtwasser. Am selben Tage spontane Geburt eines nicht ausgetragenen Knaben (46 cm, 2470 g). Wochenbett gut.

XVI. Fall.

Geburtsjournal 1905, 14. VII. 05. Frau E. B., I para. Am 12. VII. ist Gravida über einen in ihrer Nähe vom Rade stürzenden Radfahrer sehr erschrocken. Leibschmerzen, leichte Blutungen. Nach einigen Stunden wird die Blutung sehr stark. P. in die Klinik trans-

portiert. Beim Eintritte heißt es: Parturiens anämisch, Puls klein, 90. Sie bekam zwei Kampherinjektionen, da die Blutung nicht aufhörte, Ausräumen des Uterus. (Abort im zweiten Monat.) Tamponade. Wochenbett fieberfrei.

XVII. Fall.

Geburtsjournal 1905, 15. VII. 05. Frau G. M., III para. Frühere Geburten gut verlaufen. Am 3. VII. erlitt Gravida eine Verbrennung 3. Grades beider Arme, des Halses und der linken Brust durch Explosion einer Spiritusflasche. Behandlung in der chirurg. Klinik. Seit dem Unfall verspürte sie keine Kindesbewegungen mehr. Am 15. VII. Blasensprung. Transport in die Frauenklinik. Am 16. VII. spontane Geburt am normalen Schwangerschaftsende. Lebendes Mädchen (47 cm, 2600 g).

XVIII. Fall.

Geburtsjournal 1907, 29. VI. 07. Frau A. A., 33 Jahre, II para. Familienanamnese ohne Bedeutung. Vor einem Jahre Abortus im dritten Monate infolge eines Schreckens, der folgendermaßen geschildert wird: Als P. ein paar rasende Pferde laufen sah, wollte sie sich auf einer Anhöhe verbergen. Die Pferde liefen aber auf den Hügel hinauf und sprangen über sie, ohne sie zu verletzen. Sie wurde nicht bewußtlos, blieb aber aus Schreck 10 Minuten auf dem Boden liegen, bis man ihr zu Hilfe kam. Beim Aufstehen lag die Frucht, ohne

daß P. von der Geburt etwas bemerkt hatte (nach ihrer Angabe), auf der Erde. Placenta mußte manuell gelöst werden. Sonst hatte dieser Fall keine Folgen für P. — Jetzige Schwangerschaft verlief bis zum 5. Monate ohne Störung. Zu dieser Zeit Fall von einer Leiter, welche sie auf einen großen Tisch gestellt hatte, um ein hohes Fenster zu putzen. Sie blieb zwei Stunden bewußtlos, erlitt eine Verletzung an den Beinen und an der Brust; an dieser ist noch jetzt eine Verhärtung als Rest des Traumas zu konstatieren. 8 Tage mußte sie zu Bett bleiben (kalte Umschläge, Opium). Dann erholte sie sich und war bis zum Schwangerschaftsende gesund. Beim Sturz soll eine kleine Menge Fruchtwasser abgegangen sein. Kein Blut. Am 29. VI. spontane Geburt eines vollständig ausgetragenen Kindes (52 cm, 3550 g). Wochenbett fieberfrei.

* * *

Fassen wir nun die Resultate der eben publizierten 18 Fälle mit 19 Traumen zusammen, so sehen wir, daß in 12 Fällen (1.—10, 17.—18. Fall), von welchen 11 mal schwere Traumen zu verzeichnen sind, und 1 mal eine Verbrennung 3. Grades, nur 2 Aborte und 2 Frühgeburten entstanden sind. 7 Fälle mit ganz ausgetragenen Kindern, 1 fast ganz ausgetragen. Sonderbarer Weise kam es gerade in den 4 Fällen von leichten Traumen (11—15) 3 mal zu Abortus, 1 mal zur Frühgeburt (totes

Kind). Diese Fälle gehören nach meiner Ansicht zu denjenigen Traumen, welche nur als Anstoß zur Ausstoßung der erkrankten oder abgestorbenen Frucht dienen. Ferner haben wir 3 Fälle von Nervenshoc mit einer Frühgeburt und 2 Aborten. Wenn wir also die 4 leichten Traumen ausschließen, so haben wir von 12 schweren Traumen 8 normale Geburten, d. i. in 66,6%, keinen Einfluß des Traumas auf die Schwangerschaft. Von den Fällen aber mit Nervenshoc hat keine am normalen Schwangerschaftsende entbunden.

Wenden wir uns jetzt zu den Anschauungen und Indikationsstellungen zur Entfernung von Geschwülsten in graviditate, so sehen wir, daß die am häufigsten in Frage kommenden sind: Ovariotomie, Myomotomie und Carcinomoperationen. Für die Ovariotomie mögen folgende Zahlen maßgebend sein: Flatau[4]) hat 390 veröffentlichte Fälle über Ovariotomie zusammengestellt. Auf diese 390 Fälle kommen 52 Aborte. Von diesen zieht Verfasser diejenigen ab, in welchen es nach unseren Erfahrungen auch ohne Operation zur Fehlgeburt gekommen wäre; ferner 17 vaginale Ovariotomien, bei denen nicht weniger als 7 mal (79,1%) Abort eintrat. Es bleiben also 237 reine Fälle mit im ganzen 17 Aborten. Bei glatten Ovariotomien besteht also die Gefahr eines Abortes nach diesem Autor in 6,08%.

Nicht weniger lehrreich sind 720 zusam-

[4]) Frommels Jahresb. über Gyn. u. Geburtshilfe 1905.

mengesetzte Fälle über Ovarialgeschwülste von Kerror, welche Lea (Manchester) im Centralblatt für Gynäkologie 1905 bespricht. Unter den 720 Fällen, in welchen die Schwangerschaft ohne Entfernung der Ovarial-Geschwülste bis zu Ende dauerte, sind 152 (d. i. 21%) letale Fälle zu verzeichnen. Auch Coudert[5]) hat keine erfreulichen Resultate von der abwartenden Behandlung der Ovarialtumoren gesehen. Er berichtet über einen Fall, welcher eine VIIpara betraf. Großer, den Uterus nach vorne drängender Tumor im 6. Monat. Ischurie. Verstopfung, abwartende Behandlung. Weheneintritt im 7. Monat. Septische Erscheinungen. Wendung unter Hochschieben des Tumors. Tod 3 Tage post partum. Autopsie ergab adhärentes Ovarialfibrom.

Schäffer[6]) rechnet 31—39,2% letale Fälle der Mütter bei nichtoperierten Ovarialtumoren, toter Früchte in 67%.

Diese Casuistik zeigt genügend, daß bei Ovarialtumoren die Exspektative Behandlung nicht am Platze ist. Darüber sind sich jetzt fast alle Gynäkologen (Hofmeier, Olshausen, v. Winckel usw.) einig. Nicht so einfach steht es aber mit der Indikationsstellung zur Operation bei Myomen in graviditate.

Das aktive Vorgehen wird hier von vielen

---

[5]) Frommels Jahresb. 1904.
[6]) Handb. von Winckel II, 2.

nicht befürwortet. Sogar Stranz[7]), welcher im Jahre 1886 für ein radikales Eingreifen eingetreten ist, vertritt jetzt die Ansicht wie Olshausen, Hofmeier und Amann, daß die Myotomie besser zu unterlassen sei. Unter 68 von ihm behandelten Fällen hatte er nur einmal operativ eingegriffen. Dieser Fall betraf eine 32jährige I para im 2. Monat mit großem, bis zum Rippenbogen reichendem Myom, das mit breitem Stiel links in den retroflektierten Uterus überging.

Die Schwangerschaft blieb ungestört. Bei der Geburt Zange. Asphyktisches, aber wieder zu belebendes Kind. Von den übrigen 67 Fällen kam es 17 mal zum Abort. Doch möchte Stranz nicht immer das Myom dafür verantwortlich machen. In den übrigen 51 Fällen war die Geburt meist nicht schwierig. Alle Kinder waren lebend und nur selten kam es zu einer leichten Uterusatonie post partum. Auch Noble[8]) aus Philadelphia berichtet über den ungünstigen Ausgang der Operationen Myomotomie, quoad Fortdauer der Schwangerschaft. Während bei 5 von ihm ausgeführten Ovariotomien die Schwangerschaft ungestört blieb.

Betreff Operationen in graviditate an den äußeren Genitalien hat v. Winckel[9]) solche noch im Jahre 1876—77 mit Erfolg ausgeführt.

---

[7]) Zentralbl. für Gynäk. 1905, Nr. 15.
[8]) Zentralbl. für Gynäkol. 1899.
[9]) Lehrb. v. Winckel 1893.

So berichtet er in seinem Lehrbuch der Geburtshilfe über die Entfernung eines großen Sarcoms der Vulva im 5. Monat, einen Schleimhautpolypen der Cervix im 6. Monate, massenhaft excidierte Spitzencondylome aus dem Vaginalgewölbe im Anfang des 8. Monats. In allen Fällen Entbindung am normalen Schwangerschaftsende.

Ferner veröffentlicht Volk[10]) aus der Haut- und Geschlechtskranken-Klinik Lang in Wien 38 Fälle, wo in graviditate Operationen an den äußeren Genitalien vorgenommen wurden. 28 Papillome, 7 Bartholinische Abscesse, 3 Fälle von organisierten Papeln, Krypten, Tumoren. Er hatte nur 15,8% Unterbrechungen der Schwangerschaft, trotzdem fast alle Operierten blennorrhoisch, die Mehrzahl auch luetisch infiziert waren.

Ich möchte noch mit ein paar Worten auf die Traumen bei der Entbindung selbst kommen. Das gefürchtetste und gefährlichste Trauma ist die Uterusruptur, sei sie spontan oder durch die Hand des Operateurs bei der Entbindung oder bei der Tamponade des atonischen Uterus zustande gekommen. In beiden Fällen ist die Prognose sehr ernst und nur die Coeliotomie kann bei unstillbarer Blutung eventuell das Leben der Wöchnerin retten. Auch Blasen- und Rectumnekrosen infolge von Druck des Kindlichen Kopfes sind beobachtet worden. Die einfachen Cervix-, Scheiden-,

---

[10]) Wiener klin. Wochenschrift 1904, Nr. 49.

Clitoris- und Dammrisse dürften in der Regel keine Besorgnisse machen und heilen in einigen Tagen gewöhnlich sehr gut mit oder sogar ohne Naht.

Nach diesen Ausführungen ist die Antwort unseres Themas nicht mehr schwer.

Wir haben spontane, psychische und Operationstraumen zu unterscheiden. Spontane, sogar sehr schwere direkte und indirekte Verletzungen, welche zur allgemeinen körperlichen Erschütterung führen, brauchen keineswegs Placentalösungen oder Geburtswehen hervorzurufen, wie die eben beschriebenen Fälle zeigen. Besonders interessant ist der erste und der letzte der von mir beschriebenen Fälle, wo es zu Gehirn- und Rückenmarkserschütterung, zu hohem Fieber, das mehr als 3 Wochen dauerte, zu einer 2stündigen Bewußtlosigkeit und zum Abgang von etwas Fruchtwasser gekommen ist und wo die Frauen doch am normalen Schwangerschaftsende niederkamen.

Auch die genannten Fälle von Massot bestätigen diese Ansicht.

Wie wir schon oben angedeutet haben, gibt das Gesamtresultat der von der v. Winckelschen Klinik publizierten Fälle nur ein Drittel Fehlgeburten, und wenn wir sogar alle, auch die leichten Traumen mitrechnen, bekommen wir jedenfalls Fehlgeburten nur in 50% der Fälle.

Nicht so günstig steht es quoad gravidatem mit den psychischen Traumen, die in fast allen Fällen zur Fehlgeburt führten. Von den

3 Fällen an der Klinik v. Winckels 2 Aborte, 1 Frühgeburt.

Ganz besonders schön zeigt der letzte Fall (18. Fall) bei einer und derselben Frau, wie einmal ein Nervenshoc zur Fehlgeburt führte, während ein andermal ein schweres Trauma mit einer 2stündigen Bewußtlosigkeit die Schwangerschaft nicht unterbrach.

Was die Operationstraumen anlangt, die nicht den Genitaltraktus betreffen, so können dieselben in graviditate so gut wie extra graviditatem ausgeführt werden, wenn auch keine vitale Indikation besteht. An den Generationsorganen sind Ovarialgeschwülste wegen der schweren Kompressionserscheinungen an den Abdominalorganen (Darm, Blase), wegen der Stauungshyperämie, welche sie hervorrufen und schließlich mit Rücksicht darauf, daß es bei Nichtoperierten viel öfters zur Fehlgeburt infolge der genannten Stauungshyperämie oder sogar zum Tod von Mutter und Kind bei der Geburt kommt, sehr gefährlich — und aus allen diesen Gründen sind Ovariotomien möglichst frühzeitig indiziert.

Uterusmyome, welche selten unüberwindliche Hindernisse bei der Geburt machen und welche ohne die Gefahr einer Fehlgeburt nicht so leicht zu entfernen sind, sollen exspektativ behandelt und, wenn nötig, erst in den letzten Monaten, bei lebensfähigem Kinde, operiert werden, eventuell ist bei schwerem Geburtshindernisse die Sectio caesaraea mit Myomotomie zu kombinieren.

Carcinome, solange sie operable sind, müssen unbedingt gründlich entfernt werden, ohne Rücksicht auf die Frucht, denn immer steht das mütterliche Leben vor dem des Kindes.

Die übrigen Operationen der Schwangerschaft betreffend, können hier natürlich nicht alle Indikationen aufgestellt werden.

Man darf aber immer an der Ermutigung v. Winckels festhalten, welcher schon vor Jahrzehnten den Rat gegeben hat, von nötig werdenden Eingriffen nicht zurückzuschrecken, ein Rat, der sich durch viele glänzende Resultate in einer langen Reihe von Jahren ganz ausgezeichnet bewährt hat.

---

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Geheimrat Prof. v. Winckel für die liebenswürdige Ueberlassung der Arbeit, Herrn Prof. Döderlein für die gefällige Uebernahme des Referates, sowie Herrn Oberarzt Dr. Seitz für die gütige Anleitung bei der Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

---

# Literatur.


1. Geburtshilfl. Journale der Winckelschen Klinik in München von 1904, 05, 06 bis Juli 1907.
2. Handbuch der Geburtshilfe von Winckel.
3. Lehrbuch der Geburtshilfe von Winckel.
4. Frommels Jahresbericht über Geburtshilfe und Gynaekologie 1904, 1905.
5. Zentralbl. für Gynaekologie 1899, 1905.
6. Wiener klin. Wochenschrift 1904.

## Curriculum vitae.

Geboren in einem russischen Dorfe Larga, Gouvernement Bessarabien, in einer jüdischen Kaufmannsfamilie, war es mir aus verschiedenen Ursachen unmöglich eine Mittelschule zu besuchen. Ich mußte mich bis auf weiteres mit der russischen Volksschule und Privatstudium der jüdischen respekt. hebräischen Sprache begnügen. Ich besaß aber immer einen innigen Wunsch höhere Bildung zu erreichen und als ich 18 Jahre alt wurde, bekam ich schließlich die Möglichkeit in eine größere Stadt zu gehen, wo ich meine Bildung fortsetzen konnte. Ich ging nach Odessa, dann nach Kischinjon, wo ich im Jahre 1901, nach 5jährigem Privatstudium das Maturitätsexamen ablegte. Ich wollte dann in die russische Universität eintreten, wurde aber wegen meiner jüdischen Abstammung zurückgewiesen. Dann entschloß ich mich ins Ausland zu gehen, um dort eine höhere Lehranstalt zu besuchen, und wurde in diesem Jahre in die Technische Hochschule in München aufgenommen. Die „trockenen" Gegenstände, wie

höhere Mathematik und besonders das Maschinenzeichnen befriedigten mich nicht, und ich verließ München, um im Jahre 1902 mich an der medizinischen Fakultät der Wiener Universität immatrikulieren zu lassen. Die letztere Fakultät besuchte ich währed 9 Semester. Im Sommersemester 1907 kam ich wieder nach München und ließ mich an der hiesigen Universität immatrikulieren, wo ich mein medizinisches Studium vollendete und meine Doktorarbeit machte. Während meines Studiums war ich als Coassistent: in Wien 2 Monate auf der Klinik (innere) des Herrn Prof. v. Schröter, 1 Monat auf der Klinik des Herrn Prof. Ortner; in München $2^1/_2$ Monate auf der geburtshilflichen Klinik des Herrn Geheimrates Prof. v. Winckel.

München, 28. Oktober 1907.